



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

+ Saúde e Longevidade

Um Projeto no âmbito do exercício físico, alimentação saudável, higiene e segurança como promotores de saúde ao longo da vida



Daniela Maria Lóio Missa

2013



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

+ Saúde e Longevidade

Um Projeto no âmbito do exercício físico, alimentação saudável, higiene e segurança como promotores de saúde ao longo da vida



Daniela Maria Lóio Missa

Orientação: Doutora Anabela Correia Martins

Resumo

Não é possível a promoção da saúde sem uma política de prevenção, através da educação do idoso para a saúde e ainda de todos os agentes gerontológicos. Devemos entender o conceito de saúde através duma perspetiva positiva. A OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades (Simões, 2006, pág. 29). Trata-se de uma definição pela positiva, abrangendo o aspeto físico (alimentação, cuidados de higiene, segurança e atividade física), psíquico e social. Este projeto tem como objetivo a promoção da atividade física aliada a uma alimentação saudável, cuidados de higiene e segurança como promotores de saúde e bem-estar na terceira idade, proporcionando aos idosos, novas visões e hábitos saudáveis. **Participantes.** Um grupo de 36 idosos frequentadores do Centro de Dia de Condeixa-a-Nova. **Método.** Os participantes foram convidados a assistir e participar em sessões teórico-práticas, sobre a temática do exercício físico, aliado a uma alimentação saudável, higiene e segurança na terceira idade, sendo estas sessões efetuadas três vezes por semana e com uma duração de 90 minutos (30 minutos de atividade física e 50 minutos de atividades teórico-práticas). **Resultados.** Com este projeto desenvolveu-se uma comunidade ativa, envolvida num conjunto de boas práticas tendo em vista o envelhecimento ativo e a prática de atividades de promoção da saúde (exercício físico, alimentação, higiene e segurança) incentivando o envelhecimento saudável e pró-ativo. O exercício físico passou a ser enquadrado na vida dos idosos. **Conclusões.** Os resultados foram bastante satisfatórios, o projeto teve uma boa adesão por parte dos idosos que demonstraram e participaram ativamente nas atividades propostas, bem como o interesse na sua continuidade.

Palavras- Chave: Exercício físico, alimentação saudável, higiene, segurança, idosos, envelhecimento ativo.

Abstract

Unable to promoting health without a policy of prevention through education of the elderly for health and yet all gerontological agents. We must understand the concept of health through a positive perspective. The WHO defines health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. This is a positive definition, encompassing the physical aspect (food, hygiene care, safety and physical activity), psychological and social. This project aims to promote physical activity combined with a healthy diet, hygiene and safety as promoters of health and well-being in old age, providing the elderly, new visions and healthy habits.

Participants. A group of 36 elderly goes Center Day Condeixa a Nova.

Method. Participants were invited to attend and participate in theoretical practical sessions on the subject of exercise, combined with healthy eating, hygiene and security in old age, and these sessions conducted three times a week and with a duration of 90 minutes (30 minutes of physical activity and 50 minutes of practice theoretical activities). **Results.** This project has developed an active community, involved in a number of good practices with a view active aging and practice of health promotion activities (exercise, nutrition, hygiene and safety) encouraging healthy aging and proactive. The exercise came to be framed in the lives of seniors. **Conclusions.** The results were quite satisfactory, the project was well attended by elderly people who have demonstrated and actively participated in the activities proposed, as well as interest in its continuation.

Keywords: exercise, healthy eating, hygiene, safety, seniors, active aging.

Agradecimentos

«Um dia eu tive um sonho...sonhei que tinha chegado á meta de concretizações! Será que esse dia chegou?»

Durante a minha vida fui seguindo caminhos. Caminhos que me foram concretizando sonhos desde há muito desejados. Foram longas as lutas, que pareciam nunca terminar. Houve momentos em que o desespero se apoderou da minha força e não me deixava seguir o meu caminho. Tive momentos em que caminhava dois passos e recuava quatro, onde escolhia uma estrada e esta, me levava para um beco sem saída. Nos momentos menos bons, havia sempre uma esperança, de que haveria de chegar ao fim da caminhada. Eis que esse dia chegou... Por isso, agradeço a todas as pessoas que acreditaram em mim, principalmente á minha Mãe, que foi o meu pilar e a minha essência vital, uma lutadora. Sem ela, nada disto teria sido possível. Agradeço ainda, a quem nunca acreditou em mim, pois foi por isso que me tornei tão forte e nunca desisti para provar o contrário. Palavras de apreço e carinho à Professora Doutora Anabela Correia Martins por me ter ajudado e orientado tão profissionalmente. Por me ter ensinado que a perfeição existe, fazendo-me perceber que as coisas tem de ser bem-feitas. Para minha Avó e Tia, um beijinho grande, por aplaudirem sempre o meu sucesso. Um enorme agradecimento à Santa Casa da Misericórdia de Condeixa, mais concretamente ao Sr. Provedor Dr. Manuel Branquinho e Dra. Ana Apostolo por me terem acolhido. Às minhas amigas do centro de dia, Julieta, Paula e Dra. Sandrina pela amizade, cooperação e simpatia. Um agradecimento especial aos idosos fantásticos que me acolheram e participaram com todo o empenho no projeto, sem eles, nada teria sido possível. Com muito carinho, agradeço ao meu namorado por todo o apoio prestado e por nunca me ter deixado desistir nos momentos mais difíceis. À minha irmã e sobrinhos que embora estejam longe, brindam ao meu sucesso. Agradeço ainda, á minha amiga do coração Jacinta Sousa pelo orgulho, confiança e força que depositaste em mim. Ao meu Sobrinho João Rodrigo, por ter chorado de orgulho quando me viu trajada pela primeira vez. Palavras de apreço muito grandes para a minha Prima Mónica Gomes por tudo o que fez por mim. Por fim, aos meus avós e primo que já partiram, mas que estiveram sempre tão presentes a iluminar os meus caminhos. Muito Obrigado a todos do fundo do meu coração!

Lista de Siglas

FD- Fonte de dificuldade

GE- Grupo de Exercício

GM- Grupo de Medicamentos

INE- Instituto Nacional de Estatística

IMC- Índice de Massa Corporal

LDL- Mau Colesterol

MD- Manifestação de Dependência

ONU- Organização das Nações Unidas

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

PAS- Pressão Arterial Sistólica

S.L.Vida- Saúde e Longevidade

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

EU- União Europeia

Índice.....	XI
Introdução.....	1
Parte I.....	2
Enquadramento teórico	3
Representações sociais do envelhecimento.....	4
Educação para a saúde dos idosos.....	5
Velhice bem sucedida.....	7
O idoso e o bem estar (Satisfação e felicidade)	10
Alimentação saudável	12
A importância do exercício físico na terceira Idade.....	13
Segurança e envelhecimento.....	15
Problemas específicos e patologias associadas.....	16
Higiene e envelhecimento.....	18
Intervenções preventivas relacionadas com fatores de risco (higiene) dos idosos.....	19
Qual a efetividade dos projetos no âmbito do exercício físico, alimentação saudável, higiene e segurança como promotores de saúde ao longo da vida...20	
Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	21
Parte II.....	22
Estudo Prático.....	22
+ Saúde e Longevidade- Um projeto no âmbito exercício físico, alimentação saudável, higiene e segurança como promotores de saúde ao longo da vida...22	
Entidades envolvidas.....	22
Participantes.....	22
Caraterização sociodemográfica.....	23
Avaliação biométrica dos seniores.....	24
Instrumentos.....	24
Avaliação dos estilos de vida.....	25
Escala de bem-estar subjetivo.....	26
Descrição do projeto.....	27
Fase 1-Avaliação das necessidades.....	27
Fase 2- Descrição de atividades inerentes ao Projeto + S.L.Vida.....	28
Análise Estatística.....	31
Resultados.....	31
Discussão.....	32
Conclusões.....	36
Referências.....	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Evolução da população jovens e idosos em Portugal.....	3
--	---

Índice de Tabelas

Tabela 1- Manifestações de dependência do idoso perante o perigo.....	16
Tabela 2- Caraterização sociodemográfica dos séniores quanto ao género....	24
Tabela 3- Caraterização sociodemográfica dos séniores quanto à situação conjugal.....	24
Tabela 4- Caraterização sociodemográfica dos participantes séniores quanto à situação profissional.....	25
Tabela 5- Avaliação biométrica percecionada pelos séniores.....	26
Tabela 6- Escala de bem-estar subjetivo e estilos de vida antes e após a implementação do projeto + S.L.Vida.....	32

Índice de Quadros

Quadro 1- Fatores que predispõem os idosos aos acidentes.....	17
Quadro 2- Fatores associados às dimensões das necessidades dos cuidados de higiene.....	18

Introdução

O envelhecimento é um processo inevitável e todos os seres humanos estão sujeitos ao mesmo. Todo o ser humano envelhece quer queira ou não, pois desde que nascemos até que morremos o nosso corpo sofre alterações físicas e psicológicas. O conceito de envelhecer é cada vez mais comum e as preocupações são cada vez maiores com a população sénior- envelhecimento saudável. Com este objetivo, vários aspetos são valorizados. A autonomia é uma vertente central do envelhecimento saudável. A promoção da autonomia nas pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação e a manutenção da dignidade, integridade e liberdade de escolha são elementos cruciais no que respeita aos idosos. A aprendizagem ao longo da vida é outro aspeto contributivo para se envelhecer saudavelmente, pois conserva as capacidades cognitivas. A necessidade de se manter ativo, após a reforma, é uma das formas mais comuns de manutenção de saúde na pessoa idosa e das suas diversas componentes (física, psicológica e social). O projeto pretende abordar a prática do exercício físico, alimentação saudável, segurança e higiene como promotores de saúde ao longo da vida. Pretende-se que os idosos se tornem pessoas mais ativas, autónomas e saudáveis contribuindo para uma abertura de mentalidades e mudança social. As sessões desenvolvidas no projeto tiveram como propósitos a teoria aliada á pratica com o objetivo de educar os idosos “aprender, fazendo!”, desta forma desenvolveram-se interações sociais, novas maneiras de ver e executar as rotinas e o saber lidar com situações mais complexas como a prevenção das quedas. O projeto contempla uma revisão da literatura, procurando abordar conceitos acerca do envelhecimento ativo e saudável, longevidade, a importância do exercício físico aliado a uma alimentação saudável, bem como conceitos de proteção (higiene e segurança). Esta revisão literária tem como objetivo justificar e enquadrar o projeto, evidenciando os conceitos acima referidos. Posteriormente, é apresentado o projeto propriamente dito, com a definição de objetivos, entidades envolvidas, participantes, instrumentos, atividades implementadas e os resultados obtidos.

PARTE I

Enquadramento teórico

O envelhecimento é um dos fenómenos que mais se evidencia nas sociedades atuais. Tem-se verificado nas últimas décadas um aumento gradual da longevidade que, conjuntamente com a diminuição das taxas de natalidade e redução da mortalidade se reflete no crescente aumento da população idosa (OMS,1998).

Segundo o INE, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma. Quanto às designações, são utilizadas indiferentemente, pessoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas: Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. O envelhecimento demográfico, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE,2011).

Segundo a ONU (2012), até 2060, prevê-se que quase um terço de uma população total de 517 milhões de europeus terá, pelo menos, 65 anos. De acordo com o último relatório sobre o envelhecimento na UE, o perfil etário dos cidadãos da UE deverá alterar-se consideravelmente nas próximas décadas.

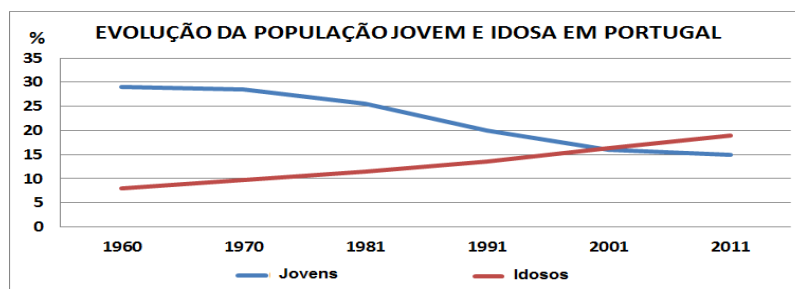
A população da UE deverá aumentar ligeiramente, passando de 502 milhões em 2010 para 517 milhões em 2060, mas paralelamente deverá envelhecer bastante, estimando-se que 30% dos europeus tenham então, pelo menos, 65 anos (ONU,2012).

O facto de mais pessoas viverem mais tempo é, em si, muito positivo, mas coloca desafios significativos às economias e aos sistemas de assistência social da Europa. A outra face da moeda é, obviamente, que existirão menos

peças em idade de trabalhar. Estima-se que a percentagem dos indivíduos entre os 15 e os 64 anos diminua, passando de 67% para 56%. *Grosso modo*, o número de peças em idade ativa por reformado passará das atuais quatro para apenas duas peças (ONU,2012).

Em Portugal, já se pode observar esta tendência demográfica (Gráfico1).

Gráfico 1- Evolução da População Jovem e idosa em Portugal



Fonte: INE (2011)

Conforme dados dos últimos censos de 2011, o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década tal como podemos observar no gráfico 1. Os estudos demonstram que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com idades compreendidas entre os 65 anos ou mais. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que quer dizer que por cada 100 jovens existe atualmente 129 idosos (INE,2011).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2007), a longevidade da população portuguesa aumentou. Em 1990 a população portuguesa tinha uma esperança média de vida à nascença de cerca de 74,1 anos (70,6 anos no caso dos homens e 77,6 no caso das mulheres), valor que subiu para os 78,5anos em 2006 (75,2 anos para os homens e 81,8 anos para as mulheres).

No mesmo período, a esperança de vida aos 65 anos passou de 15,7 anos (14,0 anos para os homens e 17,1 anos para as mulheres) para 18,2 anos (16,3 anos para os homens e 19,8 anos para as mulheres) (INE,2007).

Ainda segundo estudos do INE (2007), nos próximos 25 anos o número de idosos poderá ultrapassar o dobro do número dos jovens.

De acordo com os resultados do *cenário base* (INE) das Projeções de População Residente em Portugal 2000-2050, onde se considera: a possibilidade de recuperação do índice sintético de fecundidade para valores que venham a situar-se, em média, em 1,7 crianças por mulher; um aumento da esperança de vida para valores próximos dos 79 anos para os homens e dos 85 anos para as mulheres; e, fluxos migratórios positivos e moderados – poderá ocorrer um decréscimo populacional a partir de 2010 e até 2050, a par de um continuado envelhecimento populacional, com um aumento do índice de dependência de idosos para valores próximos dos 58 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (mais do dobro dos atuais 26) ou do índice de envelhecimento para 242 idosos por cada 100 jovens (também mais do dobro dos atuais 112), podendo ultrapassar os 200 idosos por cada 100 jovens em 2033.

A melhoria da qualidade de vida durante a velhice é um dos principais desafios do século XXI. A medicina não consegue fazer tudo sozinha, a maior fatia de responsabilidade está na própria pessoa e no seu estilo de vida. Os comportamentos tipicamente associados aos idosos aludem á passividade e imobilidade, com reduzida atividade física, criando-se determinado tipo de padrões e estereótipos que determinam a forma de agir deste extrato populacional. O sedentarismo adotado pelos idosos é, na generalidade, mais o resultado de imposições sociais e culturais, do que uma incapacidade funcional da sua sustentação (Spirduso,2005).

Não obstante, a ONU (2003) reconhece que a capacidade de responder de forma eficiente ao envelhecimento da população está nas mãos dos próprios idosos, devendo ser estes os principais responsáveis pela melhoria da sua saúde

e qualidade de vida, numa perspectiva de *empowerment* desta população. O envelhecimento populacional desafia a sociedade contemporânea a proporcionar uma participação ativa dos idosos no desenvolvimento social, aproveitando o seu potencial como base do desenvolvimento futuro.

No ponto que se segue, dedica-se atenção ao modo de vida dos idosos tendo em vista, abordagens de melhoria e promoção da sua saúde, tendo como finalidade a velhice bem-sucedida.

Educação para a saúde nos idosos

Schopenhauer (2004), afirmava que nove décimos da nossa felicidade dependem da saúde. A percentagem pode parecer exagerada, mas ninguém tem dúvidas acerca da importância da saúde no bem-estar do idoso (e de todos).

Devemos entender o conceito de saúde através duma perspectiva positiva. A OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.

Trata-se duma definição pela positiva, abrangendo o aspeto físico (alimentação saudável, atividade física, cuidados de higiene e segurança), psíquico (capacidades cognitivas, afetivas e pessoais) e social como a participação nas atividades e satisfação pelo trabalho, por exemplo (Simões,2006). Neste sentido, estamos longe de considerar a velhice apenas como perspectiva médica ou de doença. Para a interpretarmos na sua totalidade e, mesmo do ponto de vista unicamente somático, saúde não é apenas ausência de doença mas a posse de saúde (Simões,2006). Quanto á saúde psíquica, no seu geral, o idoso goza das suas normais capacidades, sendo que as doenças que os mais afetam são a depressão e a demência, provocada sobretudo pela doença de Alzheimer. No estudo de Berlim, a depressão atingia cerca de 9% da amostra, enquanto a demência à volta de 14 %, mas com tendência a um aumento gradual com a idade. Não obstante, a maioria dos idosos tem uma boa saúde mental. Ainda dados do estudo de Berlim, 44% dos participantes com 70 ou mais anos não apresentavam doenças psiquiátricas. Apenas 24%

apresentavam um quadro claro de doença, mas não superior á referida nos sujeitos com menos idade (Simões,2006).Importa também apostar na prevenção em vez de remediar. É indispensável a educação do idoso, para ocorrência se possíveis doenças, antes das mesmas aparecerem, ao mesmo tempo que os cuidadores se vão preparando para essa possibilidade, de modo a não serem apanhados desprevenidos (Barros,2008).

A velhice bem-sucedida

Se o idoso é educado da melhor forma, nas diversas dimensões da sua inteligência, personalidade, relações sociais e mesmo no confronto com a doença e a morte, podemos afirmar que o idoso está mais apto a viver a velhice de forma positiva. Os autores falam de envelhecimento bem-sucedido (*successful aging*) (Baltes e Baltes,1990) e ainda de envelhecimento consciente (*conscious aging*) e ainda de envelhecimento produtivo (*produtcive aging*). Moddy (2001), referindo-se particularmente a este último, apresenta num quadro comparativo as caraterísticas dos três modelos. Sem pretender definir em pormenor cada uma das designações e respetivas teorias, basta dizer que, a geragogia devia propor-se, como meta final, levar os idosos a um envelhecimento com sucesso, tornando esse processo consciente e produtivo por parte dos gerontes.

Segundo Rowe e Kahn (1999), entende-se por envelhecimento bem-sucedido, aquele em que os indivíduos continuam em funcionamento, quer do ponto de vista físico, psíquico ou mental. Assim, abrangeria três vertentes fundamentais: baixo risco de doenças ou de incapacidades resultantes das mesmas, bom funcionamento físico e mental e empenhamento ativo na vida.

Segundo Baltes (1987) existem três grandes categorias de influências ou de fatores determinantes para uma velhice mais ou menos bem-sucedida: os fatores ligados ao grupo etário; os relacionados com o período histórico em que se vive e que se designa por efeito de coorte; e finalmente, os fatores ligados á historia pessoal ou aos acontecimentos autobiográficos muito diversificados de

indivíduo para indivíduo. Por sua vez, Baltes e Baltes (1990), propuseram o chamado modelo de otimização seletiva por compensação, segundo o qual a velhice bem-sucedida, procura dois objetivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e o evitamento de comportamentos de risco (perdas).

Fontaine (2000), realça particularmente três fatores, essencialmente na área pessoal, determinantes para uma velhice bem-sucedida: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social, mesmo após a reforma. Zimmerman (2000) propõe exercícios práticos de estimulação física, psíquica e social. Lima (2004), sugere também atividades e exercícios de ordem à promoção do bem-estar do idoso. Do mesmo modo; Warr, Butcher e Robertson (2004) concluem que algumas atividades realizadas no seio familiar, da sociedade e da Igreja contribuem bastante para o bem-estar do idoso.

Segundo o tratado de *senectute* de Cícero, considerado como um primeiro ensaio- é necessário referir a velhice mal sucedida ou patológica, ficando como intermediária a velhice considerada normal ou habitual, não totalmente feliz mas também não infeliz. A gerontologia trata do bem-estar dos idosos, enquanto a geriatria se encarrega da velhice patológica procurando uma intervenção terapêutica. De qualquer forma, o desafio é proporcionar um envelhecimento de qualidade em todos os domínios (saúde física e mental, competência social, conservação da autonomia e bem estar subjetivo), sendo necessário também o contributo psicológico.

Deve distinguir-se, envelhecimento normal (ausência de patologias significativas) e envelhecimento patológico (patologias de diversa ordem e gravidade). Os autores falam de um envelhecimento primário (mudanças progressivas e irreversíveis, por exemplo a nível neurológico), secundário (mudanças devido a doenças ou a outras circunstâncias e que pode ser reversível) e terciário (mudanças bruscas particularmente na velhice avançada).

Porém, tais distinções nem sempre são de fácil compreensão, dado o processo complexo e muito diferenciado do envelhecer (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

A educação para a saúde deve contribuir como promotora de saúde e prevenção de doenças, permitindo ao idoso um bom funcionamento psicossomático, possibilitando-lhe diversas tarefas na vida, não apenas laborais, mas de voluntariado, educação dos mais novos, cultura e prática física, por exemplo, pois há uma infinidade de coisas que os idosos podem fazer de forma mais ou menos discreta mas eficiente. O objetivo é tornar o idoso numa pessoa útil para a sociedade, contribuindo assim para a sua própria felicidade (Psicologia do idoso, 2011).

Concluindo, a respeito de toda a dinâmica gerontológica, podemos afirmar que, ainda não há muito tempo, a educação/aprendizagem era referida à escola, onde os educandos eram unicamente crianças e jovens. Progressivamente começou a falar-se de educação dos adultos, não incluindo propriamente os mais idosos. Porém nas últimas décadas, os psicólogos têm-se debruçado cada vez mais sobre a terceira e última idade da vida, devido a dois fatores fundamentais: à psicologia do desenvolvimento que começou a estender o seu estudo ao longo de todo o arco da vida e sobretudo ao aumento exponencial do número de idosos, ao avanço da medicina e ao decréscimo da taxa de natalidade, fazendo inverter a pirâmide populacional (Psicologia do idoso, 2011). Todavia, mesmo que o número de nascimentos aumente, o fenómeno de prolongamento da vida será cada vez mais acentuado, haverá cada vez mais idosos e com idades avançadas. Entre tantas outras preocupações e consequências desta nova realidade está o problema educativo. Os idosos podem e devem educar-se (autoeducação) e serem educados, garantindo à sociedade meios para isso. Assim sendo, cada vez mais educados, os idosos podem, por sua vez tornarem-se educadores dos mais novos.

Do alto da sua sabedoria, mais do que com teorias, os idosos podem educar através da sua experiência, como mestres de vida (Psicologia do idoso,2011).

Depois da análise de alguns conceitos fundamentais e da insistência no direito e no dever dos idosos se educarem (autoeducação) e serem educados, para poderem por sua vez, tornarem-se educadores, desenvolveu-se a educação gerontológica em cinco áreas: cognitiva, personológico-axiológica, social, higiénica e tanatológica. Em conclusão, podemos afirmar que a educação dos idosos não é só possível mas também necessária para a construção de uma nova sociedade, onde os mesmos, constituirão cada vez mais uma parte significativa e decisiva da população. Uma velhice bem-sucedida significará também uma sociedade e uma nova geração bem-sucedida (Psicologia do idoso, 2011).

O idoso e o bem-estar (satisfação e felicidade)

Segundo Novo (2005), existe uma confusão terminológica em relação ao conceito de bem-estar. Na sequência de alguns autores, pretende-se distinguir o bem-estar subjetivo (mais passivo) do bem-estar psicológico (mais ativo ou fruto do esforço da pessoa ao longo do seu desenvolvimento). Todavia pode discordar-se desta distinção, pois no fundo todo o bem-estar é subjetivo (como cada pessoa o entende e o vive) e também psicológico (como cada pessoa luta por ele, conforme entende que vale a pena- isso já é subjetivo). Importa saber que o bem-estar global abrange todos os aspetos somato-psíquicos que fazem com que o sujeito se sinta satisfeito e/ou feliz.

Segundo diversos estudos, os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação aos outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde, problemas financeiros, entre outros (Neto,1999). Segundo outras investigações, as condições objetivas de vida, tais como a saúde, o nível socioeconómico, o ambiente social, entre outros, não explicam cabalmente o bem-estar das pessoas em geral e dos idosos em particular (Barros, 2004). A

felicidade depende mais de características da personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo do curso de vida.

Ardelt (1997) combinou a personalidade com o desenvolvimento individual, através do conceito de sabedoria que se mostrou preditor de satisfação com a vida. O seu estudo revelou que a sabedoria exerce uma sabedoria profunda na felicidade, independentemente das circunstâncias objetivas. Martinez et al.(1992) tinham estudado os diversos fatores que influenciam o bem-estar dos idosos, discutindo particularmente a importância da atividade, havendo teorias que insistem mais no repouso e na vida tranquila, enquanto, outras se acentuam na necessidade de algum trabalho para que o idoso se possa sentir feliz. O artigo de Dzuka e Dalbert (2000) analisa o bem-estar como indicador psicológico de saúde na velhice propondo pistas de investigação futura nalguns campos, como a maior capacidade dos idosos em lidar com as emoções.

Costa e McCrae (1980, 1991) realizaram estudos para observar a relação entre personalidade e felicidade ou bem-estar psicológico, com amostras que incluíam desde jovens adultos até idosos, concluindo que há poucas diferenças nas médias dos questionários, mantendo-se o bem-estar relativamente estável ao longo da vida, apesar de algumas “nuances” (Vandenplas- Holper, 2000). Todavia, a idade não parece constituir uma variável determinante no sentimento do bem-estar, mas antes alguns fatores a ela associados como no caso de pessoas que tem uma saúde mais fragilizada, a perda de familiares e amigos entre outros. Quando estes fatores são controlados, os mesmos deixam de ter peso na idade. Segundo Campbell et al. (1976), as pessoas mais novas manifestam *scores* mais elevados na felicidade mas mais baixos na satisfação da vida, o que está a sugerir algumas diferenças ligadas á idade ou á interpretação mais ou menos afetiva ou cognitiva que fazem do bem-estar psicológico. Mais importante que a distinção entre diversos tópicos (bem-estar, satisfação e felicidade) era na realidade encontrar diversas estratégias de promoção da felicidade dos idosos. De fato muitos

estudos falam da felicidade dos idosos mas poucos tentam promover o seu bem-estar. Todavia não se afigura tarefa fácil fazer evoluir os idosos neste sentido. De fato, um estudo experimental levado a cabo por Simões, Lima et al. (2006) não obtiveram melhorias significativas na satisfação com a vida dos idosos, após dois meses de intervenção. Quanto á avaliação destes tópicos, além de alguns instrumentos gerais, há questionários expressamente concebidos para as pessoas idosas, como o *Life Satisfaction Index* de Neugarten et al. (1961) e o *Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness* de Kozma e Stones (1980). Apesar de possuírem suficientes qualidades psicométricas, todavia continua a discussão se se trata de construtos uni ou plurifatoriais e, neste caso, quantos fatores estão em causa (Richard e Mateev-Dirkx, 2004).

Novo (2005) insiste que não basta, para avaliar este construto, usar escalas de autoavaliação, muitas vezes de duvidosa construção e que se mostram insuficientes. De fato, num estudo com idosos, a autora, usando processos mais objetivos, demonstra que a autoavaliação é falaciosa. Pode concordar-se, mas o problema põe-se a respeito de todas as escalas de autoavaliação; em todo o caso, trata-se de um processo menos moroso mas rigoroso, apesar da tendência a dar respostas socialmente desejáveis.

Alimentação saudável

As bases de uma vida longa e saudável começam por uma regra simples: “bons” genes, estilo de vida saudável, exercício físico regular e boa nutrição (Envelhecer com saúde, cap.4). No que respeita á alimentação saudável, parece contraditório, pois todos os alimentos deveriam proporcionar saúde, mas nem sempre isso ocorre, principalmente depois dos quarenta anos (Luiz Freitag, 2008). Em qualquer idade é recomendado a ingestão de alimentos com menor quantidade de gordura animal e, portanto menos colesterol. As verduras, legumes e frutas são imprescindíveis, devido ao elevado grau de fibras. Estes cuidados alimentares podem prevenir certos tipos

de doenças cancerosas e coronárias (Luiz Freitag, 2008). Já na Grécia Antiga, o poeta Homero exaltava as propriedades do azeite como “ouro líquido”, pois além de ser útil para a iluminação, ajudava a diminuir o risco de doenças. Estudos recentes comprovam os efeitos benéficos do azeite extra virgem na redução do LDL (mau colesterol). A composição balanceada dos alimentos nas refeições diárias é um fator importante em qualquer faixa etária, principalmente para a terceira idade (Luiz Freitag, 2008).

A alimentação ideal é aquela que contém uma porção de carboidratos, a principal fonte de energia matinal, como o pão e cereais. O açúcar, nas suas diversas formas, deve ser reduzido desde a infância, pois o seu excesso pode levar à obesidade bem como a outras doenças associadas como a diabetes. Na refeição da manhã devemos ingerir uma porção de leite e derivados, como o queijo fresco, e ainda uma boa quantidade de frutas, pelo menos três peças de fruta durante o dia (Luiz Freitag, 2008).

A importância dos legumes como o agrião, brócolos, alface, espinafres e o tomate contém lipoceno que protege as doenças da próstata. A alimentação diária deve ser variada e conter 50% de grãos variados, 10% de derivados de soja, 25% de frutas, verduras e legumes, 15% de carnes e peixes, incluindo cereais e água. O sal e o açúcar devem ser reduzidos ou abolidos, conforme a prescrição médica. Recomenda-se o mínimo de seis copos de água por dia ou um litro, nos intervalos das refeições. Para despertar o apetite nada melhor que atividade física pelo menos trinta minutos por dia (Luiz Freitag, 2008).

A importância do exercício físico na terceira idade

A falta de exercício físico, traz prejuízos acentuados à saúde geral, particularmente no idoso. Do ponto de vista biológico, a não mobilidade física compromete a atividade pulmonar e isto leva ao acumular de secreções nas vias respiratórias, predispondo o idoso a desenvolver pneumonias bacterianas. A permanência excessiva no leito, somada à lentificação psicomotora que a depressão provoca, desmotiva o idoso a andar ou praticar exercícios físicos,

levando ao descontrole da pressão arterial com agravamento do quadro hipertensivo, além do comprometimento da circulação periférica, da perfusão cerebral e do próprio funcionamento cardíaco. Segundo Cooper (1982), o exercício físico, em particular o chamado aeróbio, realizado com intensidade moderada e longa duração (a partir de 30 minutos) propicia alívio do *stress* ou tensão, devido a um aumento da taxa de um conjunto de hormônios denominados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto *stressor* do ambiente e com isso pode prevenir ou reduzir transtornos depressivos, o que é comprovado por vários estudos. Segundo um estudo desenvolvido por Blumenthal et al. (1999), 156 idosos com desordem depressiva principal (maior ou igual a 13 na escala de Hamilton), com duração de 4 meses, foram divididos em três grupos: Grupo de Medicamento (GM) – cloridrato de sertralina (inibidor seletivo de recaptura de serotonina); Grupo de Exercício (GE) – a uma intensidade de 70 a 85% da frequência cardíaca de reserva, com duração de 45 minutos (10 minutos de aquecimento; 30 minutos Pedalar o ou andar ou correr levemente; 5 minutos de relaxamento), com 3 sessões semanais, e Grupo Combinado – medicamento associado ao exercício. Ao final de 16 semanas, os três grupos apresentaram resultados semelhantes, com a redução dos níveis de depressão. Os autores concluem que a atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. Miranda et al. (1996) verificaram, em 27 idosos com média de idade de 70 anos, que 45 minutos de atividade física aeróbia diminuíram a tensão e a depressão. São vários os mecanismos que têm sido propostos, através dos quais a atividade física pode reduzir a incidência de depressão; contudo, sem ainda mostrarem conclusões definitivas, dois mecanismos constantemente discutidos incluem aumento de níveis de dois tipos de neurotransmissores pós-exercício, as monoaminas e as endorfinas.

Outros mecanismos possíveis incluem aptidão funcional melhorada e aumento da autoestima, como resultado de maiores níveis de atividade física; idosos fisicamente ativos podem interagir mais e estabelecer relações com

aqueles que entram em contato em razão da própria atividade física (Strawbridge et al., 2002).

Do ponto de vista da saúde mental, no idoso, a lentidão psicomotora e a não mobilidade física provocam baixa autoestima, diminuição da sua participação na comunidade e a redução do círculo das relações sociais. Como consequência, são agravados o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional e os sentimentos de isolamento e de solidão. Por outro lado, a atividade física tem sido associada a vários fatores favoráveis a uma melhor qualidade de vida no idoso, implementando melhor perfusão sanguínea sistêmica e, particularmente, cerebral. É evidente o benefício da atividade física para a redução dos níveis de hipertensão arterial, para a implementação da capacidade pulmonar e para prevenção de pneumopatias. O Ganho de força muscular e de massa óssea e desempenho mais eficiente das articulações são outros benefícios que o idoso obtém com a prática regular e adequada de atividade física, constituindo-se um importante fator de prevenção de quedas e outros acidentes.

Do ponto de vista mental, a atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a autoestima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional. Capacidade de atenção concentrada, memória de curto prazo e desempenho dos processos executivos (planeamento de ações sequenciais logicamente estruturadas e capacidade de autocorreção das ações) constituem funções cognitivas imprescindíveis na vida quotidiana e que são estimuladas durante a prática de exercícios bem planeados.

Segurança e envelhecimento

Determinados fenómenos foram identificados como particularmente agressivos para o ser humano ao envelhecer. A idade avançada, mau estado de saúde física ou mental, baixo nível económico, origem étnica diferente da do grupo dominante, sexo (principalmente feminino), estatuto socioeconómico fraco e o

isolamento são outros fatores que tornam mais difícil a adaptação à velhice. “ Por uma acumulação de diferentes problemas a todos os níveis, a maior parte dos indivíduos com mais de 75 anos necessita de uma ou mais medidas de suporte para se conseguir adaptar à vida quotidiana” (Ebersole, P. and P. Hess).

Manter a integridade e um funcionamento adequado exige ao idoso muita energia, tanto do ponto de vista físico como psicológico. Para o idoso se sentir em segurança, tem de conservar a integridade biológica, mas também precisa de estar em paz consigo próprio e com o seu meio envolvente. A necessidade de segurança apresenta vários aspetos: estabilidade, dependência, proteção, ausência de medos, ansiedade e desordem, existência de estruturas, ordens, limites, leis e meios de proteção. Quando a segurança é ameaçada e se sente o perigo, o ser humano torna-se mais desconfiado, mais rígido, orientando a sua energia no combate aos agressores psicológicos ou físicos (Ebersole, P. and P. Hess). Segundo Jean-Luc, o atentado á integridade pode ser ativo ou passivo. O atentado ativo é um comportamento que provoca sofrimento, ferida ou privação, enquanto o atentado passivo é caraterizado por o individuo não responder às suas necessidades.

Problemas específicos e patologias associadas

A satisfação da necessidade de evitar os perigos e assegurar a segurança é dificultada nas pessoas de idade: são numerosas as fontes de dificuldade e as manifestações de dependência (Burnside, I.M, 1981).



Fonte: google.pt_quedas idosos

Tabela 1- Manifestações de dependência do idoso perante o perigo

Fontes de dificuldade (FD) e manifestações de dependência (MD) relacionados com a necessidade de evitar os perigos nas pessoas idosas	
1. Ansiedade, medo e stress (FD e MD)	6. Suicídio (MD)
2. Agressão ao auto conceito (Imagem e estima) (FD)	7. Distúrbios mentais (FD)
3. Situações de crise: perdas (FD) e Luto (FD)	8. Risco de acidente ou queda
4. Solidão (FD)	9. Abuso e violência (FD)
5. Depressão (FD)	10. Consumo de medicamentos (FD e MD)

Fonte: P. Ebersole and P.Hess, Toward Healthy Aging, St. Louis (1985)

Segundo Wasilonki (1982), a adaptação ambiental dos idosos permite evitar as quedas, acidentes, incêndios e hipotermia que são muitas vezes causa de morte. As pessoas com mais de 65 anos constituem 24% das vítimas de acidentes mortais. Por outro lado, quando vítimas de acidentes, os idosos são frequentemente hospitalizados, representando um risco suplementar a um fator de stress.

Wasilonki (1982), afirma que os mais velhos não são necessariamente imprudentes ou inconscientes e que um grande número de acidentes na velhice, encontram-se ligados à doença e aos défices sensoriais. O quadro 1 apresenta alguns fatores que predispõem os acidentes.



Fonte: google.pt_quedas idosos

Quadro 1- Fatores que predis põem os idosos aos acidentes

Fatores que predis põem os idosos aos acidentes

- **Crises de isquemia transitória com vertigens e síncope**
- **Fraqueza muscular**
- **Problemas de equilíbrio**
- **Problemas visuais e dificuldade de percepção de si próprio e do ambiente**
- **Micções frequentes que impõem deslocações frequentes á casa de banho**
- **Andar cambaleante, causado pela dor, fadiga, osteoporose ou artrite**
- **Calçado mal ajustado e problemas podiátricos**
- **Roupas inadequadas (compridas)**
- **Má utilização das cadeiras de rodas ou dos andarilhos, principalmente no momento das transferências**
- **Confusão mental e erro de avaliação**
- **Depressão e tendência para o suicídio**
- **Hostilidade, cólera e manobras para chamar a atenção**

Fonte: P. Ebersole and P.Hess, Toward Healthy Aging, St. Louis (1985)

Segundo Wasilonki (1982), para atenuar os efeitos destes fatores, os idosos devem permanecer num meio que lhes seja familiar e adotar comportamentos de prudência suplementares. Segundo o INE (2008), a taxa de acidentes é mais elevada nos idosos que vivem em instituições. Os acidentes são a quinta causa de morte das pessoas com mais de 65 anos e as quedas representam dois terços destas mortes acidentais. McGraw-Hill (1984), afirma que em cada ano, um terço das pessoas com mais de 65 anos que vivem nas suas casas, são vítimas de uma queda e desta, uma em cada 40 tem de ser hospitalizada. Os fatores ambientais são responsáveis por 50 % de todas as quedas (degraus partidos, passeios escorregadios, iluminação insuficiente, tapetes mal colocados). Outros fatores como a forma de vestir (roupas muito compridas, sapatos escorregadios) bem como problemas de saúde (síncope, hipotensão, Parkinson, consumo excessivo de medicamentos) são também

responsáveis por este tipo de acidentes. As alterações na forma de andar, no equilíbrio e nos reflexos que se produzem na velhice aumentam as dificuldades e acentuam a dependência dos idosos a nível da necessidade de segurança (McGraw-Hill 1984).

Higiene e envelhecimento

Segundo Riopelle. L. Grondin, L. et M. Phaneuf (1986), o processo de envelhecimento ao nível do sistema músculo-esquelético, afeta a motricidade e as medidas de higiene pessoal tendo como consequência maior dificuldade de as realizar. Além disso, as alterações a nível da pele como por exemplo, a perda de elasticidade produzida por uma diminuição da vascularização e hidratação da derme, afetam a necessidade do idoso estar limpo e cuidado, tornando-o mais vulnerável á dependência. Outros problemas particulares podem influenciar a satisfação da necessidade dos cuidados de higiene. Algumas patologias ou infeções elevam a temperatura corporal e aumentam a transpiração, bem como os processos inflamatórios e infecciosos que alteraram a superfície cutânea. O estado nutricional de um idoso influencia o estado geral da pele, cabelo e unhas (Roy, C. 1986).

Quadro 2- Fatores associados às dimensões da necessidade dos cuidados de higiene

Necessidade		Dimensões		
Descrição	Biofisiológica	Psicológica	Sociológica	Cultural e/ou espiritual
-Estar limpo e cuidado	-Modificações produzidas pelo envelhecimento ao nível da pele e sistema músculo-esquelético	- Imagem corporal	-Irritantes externos	- Significado de higiene e limpeza na família e cultura.
-Necessidade de cuidados de higiene corporal e imagem pessoal	- Doenças crónicas ou agudas, défices visuais ou cognitivos	-Hábitos pessoais de limpeza do corpo e vestuário.	-Instalações sanitárias (banheiras)	
	-Estado nutricional.	-Constrangimento e pudor.	-Corrente social	

Fonte: Inspirado em Margot Phaneuf: *orientation vers le diagnostic infirmier*, Montréal, McGraw-Hill, 1986

Intervenções preventivas relacionadas com fatores de risco (na higiene) dos idosos

Relativamente á secura da pele, o idoso não deve tomar banho total diariamente (dois ou três banhos por semana são suficientes), deve utilizar sabão suave e gordo, passar bem a pele por água sobretudo ao nível das axilas, região inguinal, infra-mamária, genital e entre os dedos. A utilização de um creme ou uma loção emoliente, após o banho total ou parcial, ajuda a reduzir a secura da pele, impedindo a evaporação da humidade normal. De notar que os cremes constituem excelentes emolientes, mas nenhum impede o envelhecimento (L.J. Carpenito,1987). Para a manutenção dos pés, os idosos devem lavar os pés com água e sabão, secá-los bem, principalmente entre os dedos e posteriormente aplicar um creme hidratante. Ainda nestes cuidados, o idoso deve mudar com frequência as meias, evitando assim os maus odores e a transpiração. Os idosos devem ter especial cuidado com as unhas dos pés, pois podem encravar e causar sérios problemas. Os idosos com a patologia Diabetes devem ter um especial cuidado com os pés, visto seres zonas de agressão constante, podendo originar feridas e posteriormente serem expostos a riscos graves como a gangrena (podendo levar á amputação de membros) (L.J. Carpenito,1987). Outro aspeto importante que o idoso deve ter em consideração nos seus cuidados de higiene é o fato de sofrer de incontinência urinária ou mesmo se necessitar usar fralda no controlo das necessidades esfinterianas. Nestes casos, o idoso deve ter cuidados específicos como a hidratação retal e genital, pois ajudam na prevenção de alterações da integridade da pele. As fezes e a urina tornam a pele húmida e aceleram a proliferação bacteriana, daí ser necessário lavar a pele com um sabão líquido para que não haja alteração do pH, depois de bem lavada e seca (pele), aplica-se um creme protetor a fim de impedir a urina e as fezes de entrar em contato com a pele e de a irritar. As pomadas ricas em óxido de zinco são essenciais para o tratamento de eritemas e vermelhidões, bem como a cicatrização de

possíveis feridas, tanto na zona genital como retal (Julien, C.1980). No caso da higienização das mãos dos idosos, esta deve ser tomada em conta, pois é um local onde se alojam a maioria das bactérias. Os idosos devem lavar as mãos várias vezes ao dia, o ideal será antes e após as refeições, bem como nas idas à casa de banho. As unhas das mãos devem ser cuidadas (cortadas e lavadas) tantas vezes quanto possível, pois são um vínculo de contaminação, uma vez que as bactérias se podem alojar nas unhas. Sempre que necessário, as mãos também devem ser hidratadas, evitando calos ou fissuras (Julien, C.1980). A higiene oral é essencial e influencia a alimentação, hidratação e a imagem corporal. Consequentemente, deve-se explicar aos idosos os princípios da higiene oral. Se os idosos não tiverem autonomia para realizar os seus cuidados de higiene oral, os cuidadores devem ajudar nas tarefas de higiene, tais como, a escovagem dos dentes após as refeições (deve-se utilizar uma escova macia, para não lesar as gengivas que estão secas e menos elásticas), utilizar um dentífrico não abrasivo ou bicarbonato de sódio, escovar ligeiramente a língua e a mucosa oral e bochechar com água ou elixir (Stevens, M.K, 1990). No caso do idoso utilizar prótese dentária, deve escovar as próteses por cima e por baixo com a ajuda de uma escova, passar por água fria depois de a recolocar. Quando for retirada a prótese, esta deve ser colocada num recipiente com água ou deve ser utilizado desinfetantes apropriados. O idoso deve bochechar a boca com água ou elixir para a posterior desinfeção oral (Stevens, M.K, 1990).

Qual é a efetividade dos projetos no âmbito do exercício físico, alimentação saudável, higiene e segurança como promotores da educação para a saúde ao longo da vida?

A Política Nacional da Saúde do idoso, aprovada em Dezembro de 1999, tem como princípio que a “família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso, todos os direitos da cidadania, garantindo a sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade, bem-estar e direito à vida. Preconiza entre outras coisas, o direito ao desenvolvimento de cuidados informais, com o

objetivo de manter sempre que possível, o idoso na comunidade, junto á sua família, da forma mais digna e confortável possível.

Este projeto tem como finalidade a planificação de atividades no âmbito do exercício físico, alimentação saudável, segurança e higiene como promotores de saúde nos séniores. Esta planificação consiste na ocupação do utente e no seu envolvimento nas atividades, para que este possa sentir prazer na sua realização, entusiasmando-se pela participação e consciencializando-se que pode dar o seu contributo no desenvolvimento das atividades propostas, visando a melhoria nos seus cuidados de saúde e desfazendo a imagem pré-concebida de que os idosos são inúteis e inativos.

A realização do projeto com e para os séniores visa proporcionar uma vida mais ativa e mais criativa, assim como a melhoria das relações e da comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade desenvolvendo a autonomia pessoal e visando a educação para a Saúde. Como defende Constança Paul a realização de atividades é *“vital na estimulação dos mais velhos para o uso das capacidades e competências cognitivas no caminho da autonomia e da velhice com sucesso”*.

O Projeto têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos utentes, tendo como **Objetivos Gerais:**

- Desenvolver as capacidades ao nível do equilíbrio sócio emocional, das relações interpessoais e inserção no meio sociocultural;
- Proporcionar medidas de saúde, visando a importância da prática do exercício físico, alimentação saudável, segurança e higiene como elementos fundamentais.
- Valorizar a qualidade de vida através de medidas de educação para a saúde do idoso.

Objetivos Específicos:

- Até Junho de 2013, desenvolver novas metodologias ligadas ao exercício físico, alimentação saudável, segurança e higiene nos utentes do Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Condeixa-a-Nova.
- Até Junho de 2013, aumentar o número de participantes a praticar exercício físico regular, de intensidade moderada, 3 vezes por semana e pelo menos 30 minutos, como forma de estimular o desenvolvimento motor e a redução do sedentarismo.
- Até Junho de 2013, promover uma alimentação mais saudável e o estímulo para incluir pelo menos 1,5L de água por dia na rotina de cada utente.
- Até Junho de 2013, desenvolver maneiras de agir sobre cuidados de higiene pessoal e segurança do utente, demonstrando a importância dos mesmos através de vídeos e simulações, 3 vezes por semana e 50 minutos cada sessão.

Parte II

Estudo Prático

O Projeto foi implementado na Vila de Condeixa-a-Nova, Concelho de Condeixa-a-Nova (Figura 1), distrito de Coimbra.



Figura 1- Concelho de Condeixa-a-Nova

Entidades envolvidas no Projeto

Neste projeto esteve envolvida a Santa Casa da Misericórdia de Condeixa-a-Nova, juntamente com o lar de idosos e Centro de dia de Condeixa-a-Nova, bem como a Câmara Municipal de Condeixa-a-Nova e a Junta de Freguesia do Sebal.

Participantes

Este projeto teve como destinatários os sêniores, utentes do centro de dia de Condeixa-a-Nova (Santa Casa da Misericórdia). A amostra foi composta por trinta e quatro sêniores, sabendo que onze destes (sêniores) têm episódios de esquecimento, pelo que os questionários foram elaborados com a ajuda das auxiliares do centro de dia. Durante a implementação deste projeto foram realizadas ações para os sêniores do centro de dia, bem como para a restante equipa do centro de dia (auxiliares e diretora) que participaram ativamente nas

atividades de promoção da saúde. De salientar que os séniores tinham ginástica uma vez por semana, o projeto inseriu algumas atividades em torno desta iniciativa. Algumas caminhadas foram organizadas pelo professor de educação física e aliadas a este projeto.

Caraterização sociodemográfica

A amostra é constituída por trinta e seis séniores, utentes do centro de dia de Condeixa-a-Nova, com média de idades de 79,9 anos e o desvio padrão de 2,1. Dos trinta e seis séniores, vinte e nove são género feminino e oito são género masculino (Tabela 2).

Tabela 2- Caraterização sociodemográfica dos séniores, quanto ao género

Género	N	%
Feminino	29	80,5
Masculino	8	19,5
Total	36	100

Relativamente ao estado civil dos séniores, cinco são casados, cinco solteiros, vinte e cinco viúvos e um divorciado (Tabela 3).

Tabela 3- Caraterização sociodemográfica dos séniores, quanto à situação conjugal

Situação conjugal	N	%
Casado	5	13,9
Solteiro	5	13,9
Viúvo	25	69,5
Divorciado	1	2,7
Total	36	100

Quanto á situação profissional dos trinta e seis sêniore, trinta e cinco são reformados e um desempregado. Nenhum dos sêniore se encontra em atividade. Verifica-se então que 97,2% dos sêniore não tem qualquer tipo de atividade ocupacional, sendo que 2,8% corresponde aos sêniore desempregados (Tabela 4).

Tabela 4- Caraterização dos participantes sêniore relativamente á situação profissional

Situação profissional	N	%
Ativo	0	0
Desempregado	1	2,8
Reformado	35	97,2

Instrumentos

O questionário sociodemográfico continha seis questões, nomeadamente, a idade, o género, estado civil, situação profissional, altura e peso.

Avaliação biométrica dos sêniore

A avaliação da pressão arterial (PA) e o índice da massa corporal (IMC) dos sêniore apresentam resultados preocupantes. Sendo que dos trinta e seis sêniore, doze apresentam uma pressão arterial considerada ideal ($PAS \leq 120$ mmHg), onze pressão arterial de risco moderado ($PAS 120-139$ mmHg e $PAI 80-89$ mmHg) e treze dos sêniore apresentam pressão arterial de risco elevado ($PAS \geq 140$ mmHg e $PAI \geq 90$ mmHg, a média é de 13,8. O índice de massa corporal calculado apresenta valores preocupantes, pois dos trinta e seis sêniore, apenas catorze apresentam IMC considerado ideal (18,5-24,9),

dezassete apresentam IMC de precaução (25-29,9) e cinco séniores apresentam IMC de risco elevado (≥ 30). A média calculada é de 27,05 (Tabela 5).

Tabela 5- Avaliação biométrica percecionada pelos séniores

Avaliação biométrica	Min.	Máx.	Média
PA	PAS \leq 120mmHg	PAS \geq 140 PAI \geq 90mmHg	13,8
IMC	18,5-24,9	≥ 30	27,05

Avaliação de estilos de vida

A avaliação dos estilos de vida tem como objetivo a avaliação dos séniores perante a prática do exercício físico, alimentação saudável, higiene e segurança ao longo da vida. Foi apresentado um questionário com perguntas sobre os diversos temas, as respostas eram de “Sim” ou “Não”. Conclui-se que 52,7% dos séniores nunca praticaram nenhum tipo de atividade física, contra apenas 47,2% que admite praticar caminhadas pelo menos uma vez por semana. Em relação á alimentação/ nutrição 69,5% dos séniores alimentam-se saudavelmente apenas porque estão na instituição, caso contrário os resultados seriam opostos. Na segurança e higiene dos séniores, 80,5% afirmam que necessitam de ajuda nos seus cuidados de higiene e que se sentem inseguros quanto á sua segurança (receios de quedas e queimaduras), estando expostos a estes perigos frequentemente. Afirmam ainda, que caem com frequência devido ao estado do calçado e a obstáculos presentes.

Escala de Bem-estar subjetivo

Esta escala (anexo 2), originalmente designada de Subjective Happiness Scale (SHS), desenvolvida por Lyubomirsky (1999) e traduzida por Bertoquini e Pais Ribeiro (2004), consiste numa escala de 4 itens que avaliam a componente

cognitiva do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida. Dois dos itens pedem aos sujeitos para se caracterizarem a si próprios, primeiramente como caracterização absoluta e posteriormente em comparação com os outros. Seguem-se então duas questões relativas a breves descrições de pessoas felizes e infelizes, pedindo para o sujeito verificar em que medida se identifica com elas. A resposta dos sujeitos é atribuída segundo uma escala de Likert de 1 a 7, sendo que a pontuação total pode variar entre 4 a 28, correspondendo de menos feliz a mais feliz com a vida.

Descrição do projeto

Fase 1- Avaliação das necessidades

Após reflexão ponderada sobre as necessidades sentidas por estas populações, adultos e séniores, através de questionários de diagnóstico e opinião sobre vários tópicos, baseados na opinião dos séniores, concluímos que existe pouca prática de exercício físico, alimentação pouco cuidada, bem como os cuidados de higiene e segurança deficitários. Quanto ao primeiro aspeto, julgamos que os séniores praticam uma vida sedentária, fruto do cansaço, que dificulta o seu interesse de atividade física. Os séniores gostam de caminhar, mas encontram-se com algumas dificuldades no que concerne ao espaço exterior, temendo pela sua segurança (quedas, confusão na orientação, roubos) e por vezes as questões climáticas que dificultam os passeios ao ar livre. No que concerne ao segundo aspeto, os séniores admitem não ter cuidados muito específicos com a sua alimentação, não consomem fruta e legumes com frequência, bem como pouca variedade nutritiva. Muitos dos séniores fazem apenas uma ou duas refeições diárias em suas casas e não tem horários para as realizar. Em relação á higiene e segurança, os séniores admitem terem uma higiene deficitária, pois necessitam de banho assistido. Aquando a não ida ao centro de dia, os seniores não tem cuidados de higiene frequentes. Na segurança, os séniores que não tem

dentes não mastigam bem os alimentos, daí existir uma grande probabilidade de engasgamentos durante as refeições. Deste levantamento de necessidades surgiram as primeiras estratégias atendendo às preferências dos indivíduos, à sua satisfação e percepção de qualidade, bem como a necessidade de os considerarmos como dinamizadores de atividades de promoção de saúde, atribuindo-lhe *empowerment* e participação.

Posto isto, para prosseguirmos com o nosso projeto, agendámos e realizámos várias reuniões com os responsáveis do Centro de Dia com o intuito de dar a conhecer e fazer uma apresentação do projeto. No dia 7 Fevereiro de 2013, iniciamos o projeto com a apresentação da estagiária aos utentes e dos utentes à estagiária, de seguida, o preenchimento dos questionários para levantamentos de necessidades individuais. A primeira reunião com o provedor da Santa Casa da Misericórdia de Condeixa-a-Nova aconteceu no dia 1 de Fevereiro de 2013, a aprovação do projeto foi a 7 de Fevereiro de 2013. Tivemos a oportunidade de reunir informalmente com a Diretora do Centro de Dia, o objetivo foi a explicação do projeto a desenvolver que desde logo se mostrou interessada pelo mesmo. O projeto foi apresentado aos seniores e a todos colaboradores da instituição, ambos demonstraram interesse e entusiasmo. Salientemos que o projeto teve desde logo uma vertente de preocupação com a saúde da população em estudo, tendo-se realizado várias iniciativas que promoveram a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Fase 2- Descrição das Atividades inerentes ao Projeto + Saúde e Longevidade

O Projeto teve início com as atividades no mês de Fevereiro, no entanto os meses de outubro, novembro, dezembro e janeiro foram essencialmente utilizados para a preparação e organização do projeto, com diversas reuniões estabelecidas com entidades e instituições onde iríamos implementar as atividades; seleção da população em estudo, entre outros já descritos mais

pormenorizadamente na fase 1. Passada a fase da preparação e depois de apresentado o projeto às pessoas e instituição que nele colaboraram, passamos a fase propriamente dita. Fizemos uma primeira aplicação dos questionários, antes e após a implementação do projeto. A Diretora do Centro de Dia iniciou a articulação com o projeto, realizamos uma primeira apresentação como a demonstração dos benefícios da atividade física, onde os seniores foram convidados a visualizar um vídeo acerca do tema. As sessões são de cariz semanal, três vezes (por semana) e com duração de noventa minutos, sendo que 50 minutos se destinam a atividades teóricas e 40 minutos a atividade física. O mês de fevereiro foi essencialmente dedicado a atividade física e alimentação saudável. Durante este mês realizamos diversas atividades de exercício físico, tais como caminhadas, dança e alongamentos. Relativamente á alimentação saudável, os séniores foram convocados a realizar ementas, bem como a construção de um barco alimentar (ficou afixado na instituição). Ainda neste tema, no dia 25 de fevereiro, foi calculado o Índice de Massa corporal de cada utente para a avaliação geral do peso. A Pressão arterial também foi avaliada. Foram aplicadas medidas de prevenção á obesidade e Tensão Arterial elevada, aliadas á prática do exercício físico.

O mês de março foi essencialmente dedicado á atividade física como promotora de bem-estar físico e mental. No Dia da árvore, realizou-se uma caminhada pelo Parque Verde de Condeixa-a-Nova, com intuito de valorizar a natureza e o ar livre. Realizaram-se neste mês sensibilizações, debates, visualizações de ensaios e práticas acerca da higiene oral e corporal dos séniores. No dia 8 de março comemoramos o Dia Internacional da Mulher, juntamos as mulheres envolvidas no projeto e realizámos uma sessão de atividade física, promovendo a alimentação saudável com um almoço conjunto. No dia 27 de março, os séniores foram convidados a simular por diversas vezes, maneiras de higienização corporal, como por exemplo: as etapas de desinfeção das mãos, ante e após as refeições e idas á casa de banho. Nesta iniciativa, foram aplicadas fotografias ilustrativas por todas as casas de banho

da instituição, com todas as etapas de higienização das mãos com o intuito de familiarizar os utentes a esta iniciativa. No dia 29 de março, foram tomadas medidas de higiene para séniores que usam próteses dentárias. Neste âmbito foram visualizados ensaios de higiene e apresentados os materiais necessários a uma boa desinfeção oral.

No mês de abril, praticámos atividades de exercício físico, bem como a segurança dos séniores. No dia 4 de abril em parceria com a Câmara Municipal de Condeixa-a-Nova no âmbito do projeto “O peão é Rei”, realizámos uma exposição sobre a temática das dificuldades motoras, físicas e visuais. Nesta exposição ao séniores tiveram a oportunidade de dar o seu testemunho como portadores de alguma dessas dificuldades/deficiências aos estudantes das escolas que visitavam a exposição. Nessa exposição estavam ao dispor objetos ou utensílios que os séniores usam no quotidiano, como por exemplo as cadeiras de rodas. Durante este mês foram feitas atividades no âmbito da segurança dos séniores, tais como a simulação de cura de feridas e queimaduras, algumas técnicas de primeiros socorros em caso de engasgamento. Nestas sessões os séniores foram convidados a experimentar algumas técnicas básicas de primeiros socorros. Para encerrar o projeto no dia 14 de Junho foi feito um lanche saudável com bolos de iogurte e sumo de laranja natural. No final do lanche os séniores homenagearam o projeto que ofereceram uma pulseira de prata com um trevo de quatro folhas, para dar sorte á continuidade do projeto, que segundo eles tem “pernas para andar”. Tanto os séniores como o provedor da Santa Casa da Misericórdia mostraram interesse noutro possível estágio deste âmbito ou mesmo na continuidade do projeto em questão. As atividades de exercício físico terão continuidade na instituição com o professor de educação física. Durante a fase de implementação do projeto foi criada uma grelha de avaliação de 0-5 onde os séniores podiam expressar o seu agrado ou desagrado pelas sessões á medida que as mesmas iam sendo executadas. Esta avaliação serviu para melhorar alguns aspetos do projeto e para perceber a pertinência de cada sessão.

Análise estatística

Para proceder ao tratamento estatístico, foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19 para *Windows*.

Relativamente á análise estatística, para a caraterização e descrição da amostra, foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão. Para a averiguação das diferenças dos séniores entre os momentos de avaliação, foi utilizado o teste paramétrico T de *Student* para amostra emparelhadas.

Resultados

Numa primeira fase, antes da implementação do projeto (T0), os séniores preencheram os questionários sociodemográficos (dados apresentados na caraterização dos participantes), escala de bem-estar subjetivo, avaliação biométrica e a avaliação dos estilos de vida. Relativamente ao bem-estar subjetivo, os séniores consideram-se pessoas mais ou menos felizes, afirmando que se sentem muito parados perante o seu quotidiano e que como perderam o seu parceiro, a sua vida é mais infeliz. Alguns consideram-se pessoas muito felizes, pois como tem netos, encontram-se numa fase mais concretizada. A média obtida foi de 5,5. Através da avaliação biométrica calculou-se o índice de massa corporal (IMC) de cada sénior e os resultados são realmente preocupantes, pois dos trinta e seis séniores, vinte e um tem um peso acima da média e quatro sofrem de obesidade grau I. Ao inquirir estes séniores sobre os estilos de vida, percebemos que á agravante da obesidade se une a Pressão arterial elevada, falta de exercício físico e uma alimentação rica em gorduras saturadas, existem riscos elevados de os séniores virem a contrair uma doença cardiovascular. Existe uma média de 6,9.

No final do projeto + **Saúde e Longevidade** (T1), os séniores preencheram a escala de bem-estar subjetivo e os resultados foram satisfatórios, pois a maioria afirma ter uma nova motivação no seu quotidiano, o exercício físico aliado a novas práticas alimentares, bem como as regras básicas de higiene e segurança

que outrora foram esquecidas. Como verificamos na tabela 6, houve um aumento na pontuação da escala de bem-estar subjetivo após a implementação do projeto, sendo a diferença estatisticamente significativa. Também houve um aumento significativo nas mudanças de estilos de vida antes e após a implementação do projeto.

Tabela 6- Escala de Bem-estar Subjetivo e Estilos de Vida

	N	Min	Máx	Média
Bem-estar subjet. T0	36	1	6	4,0
Estilos de vida T0	36	5	10	7,0
Bem-estar subjet. T1	36	4	6	4,9
Estilos de Vida T1	36	7	17	10,5
Valid N (listwise)	36			

Discussão

Após a apresentação dos resultados, efetuámos de seguida a discussão dos mesmos, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas. Este ponto está estruturado de acordo com os objetivos delineados. Após a implementação do projeto, podemos concluir que os séniores passaram a praticar mais exercício físico, pelo menos trinta minutos e uma vez por semana. Dentro destes exercícios estão incluídas as caminhadas pelo espaço, dança e os alongamentos. Relativamente á alimentação saudável, os séniores passaram a dar mais valor às refeições onde incluem legumes e cereais, passando também a ingerir mais peças de fruta (mesmo ao Lanche). Estes resultados foram observados durante o projeto. Após a análise dos questionários e de conhecer a realidade dos séniores, podemos afirmar que a escala de bem-estar subjetivo, veio a sofrer alterações. Os séniores sentiam-se inativos e descontentes com o seu dia-a-dia, pois não tinham uma ocupação.

Após a implementação do projeto, a escala de bem-estar subjetivo sofreu notáveis alterações, pois os seniores passaram a sentir-se mais úteis tanto na prática do exercício físico, como nos seus cuidados de saúde (alimentação, higiene e segurança). Podemos afirmar que o Projeto + saúde e longevidade conseguiu alterar o bem-estar subjetivo dos seniores, pois os mesmos, passaram a estar mais ativos, interessados e preocupados com o seu bem-estar físico e mental. Estes resultados são estatisticamente significativos. Ainda no tocante aos resultados obtidos através dos questionários sobre a avaliação biométrica e de estilos de vida, podemos afirmar que relativamente ao IMC e a Pressão arterial, os resultados não foram estatisticamente significativos, pois nenhum dos seniores diminuiu o seu peso corporal e as Pressões arteriais não variaram significativamente os seus valores. Este fato deve-se aos seniores serem portadores, na sua maioria, da patologia diabetes e hipertensão. Para estes resultados serem viáveis teríamos de efetuar dietas específicas e tratamentos medicamentosos, processos que não estão englobados no projeto. Relativamente aos estilos de vida, os seniores após a implementação do projeto, tornaram-se mais autónomos e ativos no que se refere á prática do exercício físico, alimentação, higiene e segurança. Passaram a efetuar caminhadas frequentemente pelo espaço, bem como a dança que se tornou num passatempo frequente. A questão que teve um valor mais baixo foi: *“Acha importante o exercício físico na promoção do seu bem-estar?”* a média que obtivemos nesta resposta foi de 16, o que significa que os idosos acreditam que o exercício físico faz bem á sua saúde e bem estar, mas não tem maneira de concretizá-lo. A questão que obteve maior pontuação foi: *“De um modo geral, gosta de participar nestas atividades?”* Aqui a média que obtivemos nesta resposta foi de 31, o que nos leva a concluir através das evidências, que efetivamente os idosos gostaram de participar nas diversas atividades dinamizadas no projeto + Saúde e Longevidade. Estes valores são francamente positivos, as atividades que se realizaram no âmbito do projeto foram significativas e importantes para os seniores, segundo os resultados dos

questionários, tiveram um impacto positivo nas suas vidas. Este tipo de interação vem reforçar as evidências sobre o envelhecimento ativo, que salientam o processo do envelhecimento humano é influenciado pelo modo de vida que cada pessoa adota ao longo da vida, assim como, pelos fatores do meio ambiente, pelos cuidados de saúde, por situações intercorrentes de doença e de constituição genética (Diniz, 1997). No que concerne aos objetivos gerais, podemos referir que através das atividades proporcionadas no âmbito do projeto + saúde e longevidade, e tendo em conta os testemunhos referidos pela amostra, concluímos que o projeto proporcionou estabelecimento de relações salutaras de convívio, partilha de experiências, promovendo a saúde e o bem-estar físico e mental. “ *Este tipo de atividades são essenciais para nós, precisamos de nos sentir bem e úteis, gostava que o projeto continuasse!*” Outro testemunho nas atividades sobre Segurança e higiene: “ *Nunca pensei que a higiene das mãos fosse tão importante na manutenção da nossa saúde*”. Outro parecer de uma sénior (analfabeta) que pediu para escreverem num papel: “ *Sem dúvida que se comermos melhor, praticarmos caminhadas e cuidarmos do nosso corpo, podemos viver mais anos e somos mais saudáveis*”. Estes pareceres das atividades inerentes ao projeto consolidam as evidências do autor Osório e Pinto (1997), que defende que aumentar a qualidade e fruição da vida é um envelhecimento bem-sucedido. De salientar que este projeto causou impacto na Vila de Condeixa-a-Nova, mais concretamente na Santa Casa de Misericórdia, onde me foi proposta uma possível continuidade do projeto, pois os idosos mostraram-se interessados em continuarem as práticas elaboradas no projeto.

Relativamente ao outro objetivo geral, proporcionar medidas de saúde, visando a importância da prática do exercício físico, alimentação saudável, segurança e higiene como elementos fundamentais, consideremos que este objetivo também foi amplamente atingido, pois os seniores aumentaram o tempo semanal de exercício físico, na sua ementa diária incluem três a quatro peças de fruta, lavam as mãos com maior frequência e zelam pela segurança.

Podemos comprovar estas afirmações através de uma testemunha sénior : ” *Sem dúvida que a Dra. Daniela realizou atividades de alongamentos, caminhadas e dança, fazendo dos nossos dias, dias mais ocupados e interessantes!*” *Gostei desta iniciativa, aliada aos cuidados com a alimentação, higiene e segurança. Realmente, somos o espelho do que comemos!*” Este depoimento corrobora a opinião dos diversos autores, que vêm os programas de atividade física com benefícios que incluem a prevenção da hipertensão arterial, osteoporose, aumento da força e resistência, promovem o bem-estar, o aumento do autoconceito e autoestima (Colston *et al*, 1995). Quanto ao objetivo de valorizar a qualidade de vida através de medidas de educação para a saúde do idoso, podemos afirmar que o objetivo foi atingido, através de testemunhos inerentes ao projeto: ” *Sem dúvida que com estas atividades consegui melhorar algumas coisas, por exemplo a força de braços e noto que ando melhor*”. Alguns autores também testemunham que para avaliar a qualidade de vida na velhice, é necessário adotar critérios de natureza biológica, psicológica e socio estrutural, devido à multiplicidade de elementos que exercem influência sobre o bem-estar do idoso: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, atividade, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais – principalmente rede de amigos (NERI, 1993; SANTOS *et al.*, 2002). Alguns destes indicadores merecem destaque, por exercerem maior influência sobre a qualidade de vida do idoso, como a saúde, questões de dependência-autonomia e recursos financeiros. Os séniores, ao participarem nas atividades propostas, sentiram-se mais realizados e mais ativos na sua vida, permitindo praticar atividade física regular, de intensidade moderada, no mínimo 90 minutos semanais. De relembrar que os séniores todas as semanas praticavam algum tipo de atividade física, pois tinham um professor que os incentivava para tal facto. Com o projeto, a atividade física passou a fazer parte da rotina dos idosos, tais como as caminhadas, dança e alongamentos. A assiduidade foi sempre visível, todos os séniores participaram ativamente nas

atividades propostas, mesmo por vezes não podendo, havia sempre uma vontade inesgotável de participarem ou de darem o seu testemunho. De acrescentar que no final do projeto foi entregue aos sêniores diplomas de participação (anexo IV). A diretora técnica do centro de dia mostrou o seu parecer :” *Foi gratificante para o Centro de Dia e para os idosos o projeto + Saúde e Longevidade, pois houve atividades que estimularam o bem estar e qualidade de vida dos idosos. Muitos deles chegaram a melhorar alguns aspetos da sua saúde, controlavam o consumo excessivo de sal na comida, chegavam a beber 1,5 l de água por dia e empenhavam-se com a higiene das mãos e zelavam pela sua segurança.*” O provedor da Santa Casa da Misericórdia deu o seu parecer: “ *É importante para a instituição que estes tipos de projetos sejam disponibilizados, pois além de promoverem a interação social dos idosos, permite melhoria do seu bem-estar físico e mental. Na minha opinião, o projeto tem pernas para andar e poderá ter a sua continuidade nesta instituição. Obrigada Dra. Daniela pela sua disponibilidade e profissionalismo. Desejo-lhe boa sorte!*”

Conclusões

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força do trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para com os seus familiares, companheiros, comunidades

e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Por isso, num projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde.

Referências

- Barros, J. (2008) Psicologia do envelhecimento e do idoso. Porto: Legis Editora.
- Bertoquini, V., e Pais Ribeiro, L.(2004). Escala de felicidade subjetiva (avaiable from V. Bertoquini).
- Brotto, O (1999) Jogos cooperativos: o jogo e o exporte como um exercício de convivência . Campinas
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Grifffins, S. (1985). *The satisfation with life scale. Journal of personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Dicionário da Língua Portuguesa (2008) Porto: Porto Editora
- Fachada, Odete, M. (2003). Psicologia das Relações interpessoais (1º volume) 5ª ed. Rumo.
- Fachada, Odete, M. (2003). Psicologia das Relações interpessoais (2º volume) 5ª ed. Rumo.
- Foster, Helen (2007). Dieta IG, O método de baixo índice glicémico 1ª Ed.. Edições ASA
- Instituto Nacional de Estatística. (2011) Censos 2011. Retirado a 23 de Janeiro de 2013http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2
- Kaye.,L. W., Butter, S.S.,& Webster. N. M. (2003). *Toward a productive ageing paradigm for geriatric pratice*. Ageing Internacional Spring, 28(2), 200-213.
- Lisa, N., (2009) Promoção do Bem- Estar Subjetivo dos idosos através da intergeracionalidade. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Universidade de Coimbra.
- Martin, I.,Gonçalves, D., Paúl, C., Pinto, F.(2006) *Políticas Sociais para a terceira idade em Portugal*. In R. Osório (Ed.) Pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Edições Piaget

Neri, A., Yassuda, S., Cachioni, M. (2005) Velhice bem-sucedida. Aspectos cognitivos e afetivos. Campinas: Papiros, p.29-50.

Organização Mundial de Saúde. (1998) *Healthy Ageing*. Retirado a 1 de Janeiro de 2013 de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/life-stages/healthy-ageing>

Recomendações Organização Mundial de Saúde. (2005) Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde.

Richard, J., Mateev-Dirkx, E. (2004) *Psychogérontologie* (2ª ed.). Paris: Masson

Spiriduso, W. Francis, K. & Macrae, P. (2005) *Physical Dimensions of ageing*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Stuart-Hamilton, I. (2002) *Psicologia do envelhecimento* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ANEXO VIII

ANEXO IX

